

بيان وقائع لشخص إضافي**لاستعمال الكاوتي فقط**

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

WORKER NAME _____

WORKER NUMBER _____

DATE RECEIVED _____

(طلب تكميلي لكوبونات طعام وطلب للحصول على مساعدة نقدية)
تعليمات: رجاء تكملة هذا النموذج لإعلامنا عن الشخص الجديد في المنزل. إذا احتجت لمجال أوسع للإجابة على الأسئلة، رجاء إرفاق صفة ورق أخرى. أجب على كافة الأسئلة المتعلقة بالمنافع التي تطلبها. بذلك المختصر «CA» المثير إلى المبلغ النقدي و«FS» المثير إلى كوبونات الطعام المبينين على يسار كل سؤال على الأسئلة المتعلقة بكل برنامج.

إذا كنت تحصل على الإعانة المالية وتريد طلب إعانة مالية للشخص الجديد، يجب تكملة هذا النموذج إما من قبل القريب البالغ المعنти الذي يحصل حالياً على الإعانة المالية أو الشخص الجديد إلا إذا كان الشخص الجديد طفلاً.

للأسر الحاصلة على كوبونات طعام التي لا تحصل على إعانة مالية أو التي لا ترغب في الحصول على إعانة مالية للشخص الجديد، يمكن تكملة هذا النموذج من قبل أحد أفراد العائلة أو ممثل مفوض أو من قبل الشخص الجديد.

رجاء استعمال قلم حبر عند الكتابة

① اسم الشخص الذي يقوم بتكملة هذا النموذج (الاسم الأول، الوسط، اسم العائلة) **CA**
FS

② اكتب اسم الشخص الجديد في المنزل بما في ذلك إذا كان مولود جديداً. **CA**
FS

الاسم	الوسط	ال الأول	اسم العائلة	وضع مواطن/غير مواطن (✓)	جنسية أميركية
				<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> بدون جنسية محفوظ	<input type="checkbox"/> وضع مواطن/غير مواطن (✓)
هل هو/هي أبو أم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حامل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الولادة -	-	-	-
		الجنس (✓)	-	-	-
		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	-	-	-
		-	-	-	-
مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة)					
الوضع المعيشي/ الوضع العائلي					
ضرير/أسم/معاق <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
متزوج <input type="checkbox"/> غير متزوج سابقاً <input type="checkbox"/> متزوج منفصل <input type="checkbox"/> أرمل					
متطلق <input type="checkbox"/> متزوج بالاتفاق					
له قرابة بصاحب الطلب/المعتني/رأس العائلة إذا كان الجواب «نعم»، رجاء توضيح القرابة:					
يرجى ذكر أي اسم آخر مستعمل: (اسم العائلة قبل الزواج، اسم التبني، الخ)					
③ هل قام هو/هي بالتقدم بطلب للحصول على منافع أو استلمها في وقت سابق، مثل: إعانة مالية، كوبونات طعام، مساعدة شخص مشرد، Medi-Cal، مساعدة مالية للأجانب؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:					
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>					
أين (كاونتي، ولاية، أو دولة)					
متى					
-					

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		
Date of Entry to U.S.		
Excluded HH Member Code		
Work/Training/WTW Code		

④ هل هو/هي طفل تحت سن 19 إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: **CA**
FS

نوع المنفعة	متى
-	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
-	
احتياج الطفل للإعانة لأن أحد الوالدين (ضع إشارة في كافة المربيات التي تتطابق)	اسم الأب هل يعيش في المنزل (✓)
متبن <input type="checkbox"/> غير مستخدم <input type="checkbox"/> عجز <input type="checkbox"/> متوفى <input type="checkbox"/>	اسم الأم هل تعيش في المنزل (✓)
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

VERIFIED:
Deprivation YES NO

⑤ هل خدم هو/هي في القوات العسكرية أو هل هو/هي زوج، أو ولد أو ابن شخص خدم في القوات
العسكرية إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح: **CA**
FS

نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	يرجى سرد اسم أو فرع الخدمة، الخ.
-	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

CW 5 YES NO
Date Initiated _____

⑥ يقيم هو/هي حالياً في ولاية كاليفورنيا ويعتمد الاستمرار في العيش هنا؟
إذا كان الجواب «لا»، رجاء التوضيح: **CA**

□ نعم □ لا	A. هل هو/هي طفل (أطفال) بالتشتة يعيشون في المنزل؟			(7) CA FS	لاستعمال الكاوتي فقط
B. هل ترغب في شمل طفل التشتة ودخله في قضية كوبونات الطعام؟			□ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> None		
A. هل عمره/عمرها 16 سنة أو أكبر وملتحق بمدرسة، كلية أو برنامج تدريب؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميلة البيانات أدناه:			VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No FS Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
هل يعمل؟ □ نعم □ لا	تاريخ التخرج المتوقع	عدد الوحدات الدراسية/ الساعات بالأسبوع	اسم المدرسة/الكلية/برنامج التدريب إذا كان ملتحقاً، أشر (7) بجانب الوضع دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام نصفي <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد):		
B. يرجى تكميلة البيانات أدناه إذا كان ملتحقاً بكلية أو بمؤسسة تعليمية مشابهة.			VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
كتب، معدات، الخ لكل فصل دولار	الرسم الدراسي لكل فصل دولار	الفصل الدراسي نصف سنة <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/> ربع سنة <input type="checkbox"/>			
وسيلة المواصلات المستعملة	عدد أيام الحضور بالأسبوع	عدد أيام الرحلة ذهاباً وإياباً للمدرسة (رعاية الأطفال (الحضانة))			
أجرة المواصلات (أتوبيس، الخ) باليوم دولار	المبلغ المدفوع للمشاركين في سيارة واحدة دولار	تكلفة المواصلات أسبوعياً دولار			
هل أوقفت عنه/عنها في السابق الإعانات المالية أو كوبونات الطعام لفترة من الزمن أو مؤبداً بسبب: عدم التعاون خلال مراجعة مرافق الجودة أو عقوبات العمل أو التدريب، أو بسبب الغش في إعانات الإنعاش أو خرق البرامج الدولية؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكميلة البيانات أدناه:			(9) CA FS		
في أي بلد/ولاية	متى	لماذا			
هل أي من أفراد العائلة يتوجب أو يتبرأ من القانون لتحاشي المضايقة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإدانة أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط أو التعهد بعدم محاولة الهرب. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى ذكر اسم الشخص:			(10) CA FS		
هل صدر حكم ضد أي فرد من أفراد العائلة بسبب جنائية تتعلق بحيازة أو استعمال أو توزيع المخدرات أو المواد الممنوعة؟ للحصول على المساعدات المالية ذكر وقائع الإدانات التي حصلت بتاريخ أو بعد 1/1/98، وللحصول على كوبونات الطعام ذكر الجرائم والإدانات التي حصلت بعد تاريخ 8/22/96. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكميلة البيانات أدناه:			(11) CA FS		
اسم الشخص الذي حكم عليه تاريخ اقتراف الجريمة	تاريخ الحكم بالإدانة				
هل يشتري/تشتري الطعام والوجبات السابقة التحضير بشكل مستقل عن أفراد العائلة الآخرين؟			(12) FS		
هل عمره/عمرها 60 سنة أو أكبر قادر على شراء الأطعمة والوجبات السابقة التحضير بشكل مستقل عن الأفراد الآخرين بسبب الإعاقة؟			(13) FS		
هل يقوم هو أو هي بالدفع لك عن وجبات الطعام وأو الغرفة؟			(14) FS		
عدد الوجبات اليومية	عدد مرات الدفع	ما هو المبلغ المدفوع دولار	أشر (7) كلاهما <input type="checkbox"/> غرفة <input type="checkbox"/> وجبات	Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER	
هل يحصل هو/هي على الطعام من أي من البرامج التالية؟ ● منشأة خيرية لتقديم الطعام للجزء والمعوقين؟ ● برنامج لتوزيع الطعام تحت إدارة الهنود الأمريكيين الأصليين ● برامج أخرى لتقديم الطعام			(15) FS		
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكميلة البيانات أدناه:			اسم البرنامج		

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<p>(16) هل يعمل هو/هي حالياً أو يتوقع/توقع البدء بالعمل خلال الشهرين المقبلين؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه: يرجى إرفاق أرومة الشيكات أو غيرها من إثباتات الدخل. (ملاحظة: إذا كنت تعمل لحسابك، يرجى سرد نفقات العمل على صفحة مستقلة وقم بوصولها بهذا النموذج).</p>			CA FS	لاستعمال الكاونتي فقط (✓) if Exempt						
عدد أيام ساعات العمل في الشهر		نوع العمل	تعلم لحسابك <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم صاحب العمل <input type="checkbox"/> نعم							
بقشيش أو عمولة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا دولار _____ المبلغ		الآجرة قبل الاقطاع	تاريخ (تاريX) الدفع	تاريخ آخر منتفعة <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
كل دولار											
<p>A. هل يدفع/تدفع شخص ما لرعاية طفل أو شخص بالغ معاق أو شخص معاً حتى يتسلّى له/لها الذهاب للعمل أو التدريب أو التقتيش عن عمل؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>(17) CA FS</p>								
المبلغ الشهري المدفوع دولار	اسم الشخص الذي يمنح الرعاية		اسم الشخص الذي يحصل على الرعاية								
المبلغ الشهري المدفوع دولار	اسم الشخص الذي يمنح الرعاية		اسم الشخص الذي يحصل على الرعاية								
<p>B. هل يتم الدفع له/لها عن تكلفة رعاية الطفل؟ قم بشمل التكاليف التي يدفعها قريب أو صديق أو إدارة التعليم أو اعانت الطلاب أو المنح الجماعية أو عن طريق برنامج CAAP, SCC, WTW, NET, TCC, Cal-Learn، الخ. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>(18) CA FS</p>								
المبلغ الشهري المدفوع دولار	من يدفع		اسم الطفل								
المبلغ الشهري المدفوع دولار	من يدفع		اسم الطفل								
<p>هل توقف أو رفض هو/هي عن العمل أو التدريب خلال الـ 60 يوماً الماضية؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>(19) CA FS</p>								
<p>هل حصل أو يتوقع هذا الشخص الحصول على أجور أو منافع هذا الشهر؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>اسم وعنوان صاحب العمل/برنامج التدريب</p>								
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	آخر شيك استلمته (التاريخ) دولار		آخر يوم عمل/تدريب								
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المبلغ قبل الاقطاع دولار		عدد ساعات العمل/التدريب الشهر الماضي								
<p>بقيش أو عمولة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا دولار</p>			<p>الشهر الماضي هذا الشهر</p>								
<p>سبب ترك العمل/التدريب</p>											
<p>هل هو/هي مضرب/مضربة عن العمل؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>(20) CA FS</p>								
<p>اسم النقابة تاريخ بدء إضراب النقابة الدخل الإجمالي الشهري المكتسب من هذا العمل قبل الإضراب دولار</p>			<p>اسم وعنوان صاحب العمل/برنامج التدريب</p>								
			<p>Striker Regs Apply</p>								
			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">CA</td> <td style="width: 50%;">FS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>			CA	FS	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
CA	FS										
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No										
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No										
<p>هل يدفع هو/هي مساندة مالية لطفل أو زوج/زوجة؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:</p>			<p>(21) CA FS</p>								
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المبلغ الشهري دولار		المبلغ أو الزوج/زوجة								
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أمر المحكمة		هل تقدم هو/هي بطلب للحصول أو حصل/حصلت على أي منافع خلال الـ 12 شهراً الماضية، مثل: ضمان اجتماعي، تأمين بطالة/إعاقة، إعانة مالية، مساندة لطفل/زوج، منافع المحاربين القدماء، سكن مجاني، منافع مجانية مثل الكهرباء والماء الخ. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه:								
<p>تاريخ البدء والتوقف المتباعدة: البداء: التوقف:</p>			<p>نوع المنفعة (✓) if Exempt</p>								
			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">CA</td> <td style="width: 50%;">FS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			CA	FS				
CA	FS										

لا ^٤ لاستعمال المكافحة فقط					
الولايات المتحدة ^٥					
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
القيمة التقديرية	المبلغ المستدان المتبقى	المنوان أو الموقع	الاستعمال (أرض، منزل) (سكن، موجر، الخ)	نوع العقار (أرض، منزل) شقة، الخ)	CA FS
دollar	dollar				
هل يعمل هو/هي حالياً أو سيشتري أي عقار مثل أرض و/أو مباني في أي مكان كان، بما في ذلك					
(22) إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل يعمل هو/هي أي من الموارد التالية ^٦ إذا كان الجواب «نعم» يرجى التأشير (✓) على كل مادة والتوضيح أدناه.					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
الموارد	الإمكانات	الموارد	الموارد	الموارد	الموارد
شيكات أو مبالغ نقدية (في التزل أو مكان آخر)		حساب جار/ادخار/ مكتب تسليف		سندات دين/ سندات إئتمان/ عقود بيع	
اسهم، سندات تعهدية، شهادات IRS أو حسابات تقاعد		غير ذلك (اذكر أدناه)			
القيمة الحالية	اسم وعنوان البنك.. الخ	رقم الحساب / البوليصة	صاحب المورد	نوع المورد	(✓) if Exempt CA FS
دollar					
دollar					
هل يحصل هو/هي على دخل من أي من هذه الموارد مثل الفائدة أو ارباح موزعة.. الخ ^٧ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى سرد كل ماد والتوضيح أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مصدر المال	المبلغ	مواعيد الحصول	دollar	دollar	
دollar					
هل يستأجر هو/هي أي نوع من أنواع العربات مثل سيارة، شاحنة، قارب، مقطورة، شاحنة مقفلة، سيارة للطرق الوعرة، دراجة نارية، أو زوارق البرابارات أو التزلج المائية؟ ^٨ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
سيارة صاحبها، إذا كان مستأجرًا، اشر(✓)	رقم الرخصة والولاية المسجل بها	سنة، صنع طراز	كيف يستعمل	مستأجر	(✓) if Exempt Leased Vehicle Valuation
دollar					
دollar					
هل يملك أو يستعمل هو/هي أملاك شخصية كلفة كل مادة منها على الأقل 100 دولار أو قيمة كل مادة منها حالياً على الأقل 100 دولار، مثل: مجوهرات، أحجزة، معدات، مواشي، الخ ^٩ لا تسرد الشياب، خاتم الزواج، السجاد، المفروشات، الأجهزة المنزلية أو غيرها من الأثاث المنزلي. إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
صاحب المادة	اسم المادة	سعر الشراء أو القيمة الحالية	تاريخ الشراء	الرصيد المتبقى	القيمة التقديرية
دollar		dollar		dollar	
دollar		dollar		dollar	
هل قام هو/هي ببيع أو تحويل أو منح أي ملك عقاري أو شخصي خلال السنين (2) الماضيتين مقابل استلام مبلغ نقدى أو خلال السنوات الثلاث (3) الماضية مقابل كوبونات طعام؟ ^{١٠} إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
Closed Bank Accounts: □ Food Stamps in last 3 months	CA FS	CA FS	CA FS	CA FS	CA FS
Total CSV (1) _____ (2) _____					
Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ FS \$ _____					
هل يملك هو/هي أي من بواص التأمين التالية؟ تأمين حياة، دفن، إعاقة، أو قرض عقاري؟ ^{١١} إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
اسم شركة التأمين	رقم البوليصة	اسم الشخص الذي يقوم بدفع القسط	المبلغ المدفوع	الرصيد المتبقى	القيمة التقديرية
Dollar					
هل يملك هو/هي تأمين صحي، بما في ذلك التأمين المدفوع من قبل صاحب العمل أو ولـي الأمر المتفق مثل: Medicare, CHAMPUS, Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS, Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS, Kaiser, Blue Cross ^{١٢} إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:					
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
اسم شركة التأمين	تاريخ انتهاء مدة البوليصة	القسط المدفوع	مواعيد الدفع	دollar	
\$ _____					

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	CA (29) هل حصل هو/هي على المعالجة الطبية/الحمل هذا الشهر او خلال الأشهر الثلاث السابقة لهذا الشهر؟ <i>إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:</i>	لاستعمال الكاونتي فقط																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">اسم الشخص الحاصل على الرعاية</th> <th style="width: 25%;">عدد أشهر الرعاية</th> <th style="width: 25%;">هل تم الدفع عن هذه المعالجة؟</th> <th style="width: 25%;">هل تزيد MEDI-CAL عن تلك الأشهر؟</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>نعم</td> <td>نعم</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>لا</td> <td>لا</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		اسم الشخص الحاصل على الرعاية	عدد أشهر الرعاية	هل تم الدفع عن هذه المعالجة؟	هل تزيد MEDI-CAL عن تلك الأشهر؟			نعم	نعم			لا	لا													Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
اسم الشخص الحاصل على الرعاية	عدد أشهر الرعاية	هل تم الدفع عن هذه المعالجة؟	هل تزيد MEDI-CAL عن تلك الأشهر؟																							
		نعم	نعم																							
		لا	لا																							
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	CA (30) هل لديه/لديها أي تأمين صحي من ولد الأمر، صاحب العمل، أو ولد الأمر المتغير لم يتم طلبها؟ <i>إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:</i>	<input type="checkbox"/> DHS 6155																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">مواعيد الدفع</th> <th style="width: 33%;">القسط</th> <th style="width: 33%;">اسم شركة التأمين</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>دولار</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>دولار</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		مواعيد الدفع	القسط	اسم شركة التأمين		دولار			دولار																	
مواعيد الدفع	القسط	اسم شركة التأمين																								
	دولار																									
	دولار																									
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	CA (31) هل لديه/لديها أي إعاقة بسبب إصابة أو حادث يجعل من الصعب عليهم العمل أو العناية بأنفسهم؟ <i>إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكميل البيانات أدناه:</i>	CA FS VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">تاريخ الشفاء المتوقع</th> <th style="width: 33%;">تاريخ بدء المشكلة</th> <th style="width: 33%;">نوع المشكلة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		تاريخ الشفاء المتوقع	تاريخ بدء المشكلة	نوع المشكلة																						
تاريخ الشفاء المتوقع	تاريخ بدء المشكلة	نوع المشكلة																								
A. هل يعني هو/هي من وضع أو أوضاع طبية تتطلب أي من التالي؟ يرجى التأشير (✓) على كل مادة بنعم أو لا:		CA FS <input type="checkbox"/> CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No FS <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C																								
B. هل يحصل هو/هي على خدمات مساندة في البيت (IHSS)؟ <i>إذا كان الجواب «نعم»، ما هو المبلغ الذي يدفعه هو/هي في الشهر؟ دolar</i>		<input type="checkbox"/> DFA 285-C																								
CA (33) تتوفر الخدمات التالية. الإجابة على هذه الأسئلة عن نفسك أو عن أي فرد من أفراد العائلة لن يؤثر على أهليتك.		<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral																								
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>يرجى التأشير (✓) على كل مادة بنعم أو لا:</p> <p>A. تتوفر فحوصات عادية للمساعدة في حماية صحة عائلتك عند طلبها عن طريق برنامج صحة الأطفال ومنع الإعاقة (CHDP) للأعضاء المؤهلين من عائلتك تحت سن 21.</p> <ul style="list-style-type: none"> • هل ترغب في الحصول على معلومات عن خدمات CHDP؟ • هل تزيد الحصول على خدمات CHDP طبيبة؟ • هل تزيد الحصول على خدمات CHDP لصحة الأسنان؟ • هل تحتاج للمساعدة في تحديد موعد أو لتأمين المواصلات للحصول على خدمات CHDP؟ <p>B. إذا كان أحد أفراد العائلة حامل، يمكنك الحصول على المساعدة لإيجاد طبيب أو الحصول على الأطعمة المغذية وغيرها من أنواع المساعدة. هل تزيد التكلم مع شخص بخصوص هذه المساعدات؟</p> <p>C. هل يقوم أحد من أفراد العائلة بارضاع طفل؟</p> <p>إذا كان الجواب «نعم»، هل حصلت الولادة خلال الـ 12 شهرا الماضية؟</p> <p>إذا أشرت بـ «نعم» على السؤال 34 ب أو ت، قد تكون مؤهلا للحصول على الخدمات التي يوفرها برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والمواليد الجديدة والأطفال (WIC).</p> <p>D. هل ترغب أنت أو أي عضو في العائلة في الحصول على خدمات تخطيط عائلي بتكلفة منخفضة؟ إذا كان الجواب «نعم»، اتصل بمؤسسة تأمينك الصحي أو طبيبك العادي.</p> <p>أو، للحصول على الواقع ومواقع عيادات التخطيط العائلي المحتفظة بخصوصية المعلومات، اتصل بالرقم المجاني 1-800-942-1054.</p>																									
<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____																										

تصديق

أني أفهم أن:

كما أفهم أيضاً:

سيتم تجريدي من الأهلية / أو صدور عقوبات ضدى للغش في برامج الإنعاش إذا أعطيت الوقائع الخاطئة عن قصد أو إذا هشلت في الكشف عن كافة الحقائق أو الأوضاع التي تؤثر على أهليتي أو حصولي على الإعلانات المالية أو كوبونات الطعام أو تأمين Medi-Cal.

لإعلانات المالية:

- إذا لم أقم عن قصد بابتاع قواعد الإعلانات المالية قد يتم تغريمي حتى 10000 دولار / أو سجنى لمدة 3 سنوات. كما يمكن أن توقف إعانتي المالية:

- لعدم الإبلاغ عن الحقائق أو لإعطاء وقائع خاطئة. مدة 6 أشهر للانتهاء الأول، 12 شهر للانتهاء الثاني، أو للأبد للانتهاء الثالث. وبالنسبة للإعلانات المالية للأجهين، 3 أشهر للانتهاء الأول و 6 أشهر لأي انتهائ لاحق.

- لتقديم طلب أو أكثر للحصول على المساعدة في أكثر من قضية واحدة في ذات الوقت. سنتين (2) للإدانة الأولى، 4 سنوات للإدانة الثانية، أو للأبد للإدانة الثالثة.

- للإدانة باقتراف السرقة للحصول على المساعدة. سنتين (2) لسرقة مبلغ يقل عن 2000 دولار، 5 سنوات للمبالغ التي تتراوح من 2000 إلى 4999، 99 دولار، وللأبد للمبالغ التي تصل لـ 5000 دولار أو أكثر.

- لتزويذ الكاوونتي بإثباتات خاطئة عن الإقامة للحصول على الإعانة في محافظتين (كاونتي) أو ولايتين أو أكثر في ذات الوقت؛ لتزويذ الكاوونتي بإثباتات خاطئة عن طفل أو عن طفل غير كائن؛ للحصول عن أكثر من 10000 دولار من المساعدات المالية عن طريق الغش؛ للإدانة لثالث مرة بسبب الغش في محكمة قضائية أو جلسه سعماً إدارية؛ للأبد.

لكوبونات الطعام:

- إذا لم أقم عن قصد بابتاع كوبونات الطعام، سيتم إيقاف تزويدى بكوبونات الطعام لمدة 12 شهراً للانتهاء الأول، ومدة 24 شهراً للانتهاء الثاني وللأبد للانتهاء الثالث. كما يمكن أن أغرم مبلغ 250000 دولار / أو سجن لمدة 20 عاماً.

- إذا قررت أي محكمة بأنى مذنب باقتراف جرم في أي محكمة قضائية:

- للمتاجرة أو بيع كوبونات طعام للحصول على أسلحة أو ذخيرة أو متجرات يمكن إيقاف تزويدى بكوبونات الطعام للأول.

- للمتاجرة أو بيع كوبونات طعام للحصول على المخدرات يمكن إيقاف تزويدى بكوبونات الطعام لمدة 24 شهراً للانتهاء الأول وللأبد للانتهاء الثاني.

- تاجرت أو بعت كوبونات طعام قيمتها 500 دولار أو أكثر يمكن إيقاف تزويدى بكوبونات الطعام للأبد.

- فتحت بتكملاً طلبي أو أكثر للحصول على كوبونات الطعام في ذات الوقت وزدت الكاوونتي بمعلومات خاطئة عن هويتي أو مكان سكني، يمكن إيقاف تزويدى بكوبونات الطعام لمدة 10 سنوات.

أي وقائع أدلّي بها بما فيها وقائع المنافع والدخل سوف يتم مقارنتها مع السجلات المحلية والتابعة للولاية والالفدرالية مثل أصحاب العمل، إدارة الضمان الاجتماعي، وكالات الضرائب والإنشاء والبطالة وسجلات الحضور في المدارس، الخ. وكل إعانة بشكل مبلغ نقدي أو كوبونات طعام سيتم مقارنة السجلات مع وكالات الأمن للتحقق من مذكرات القبض.

كافحة الواقع التي أدلّي بها، بما فيها وقائع المنافع والدخل، يمكن مراجعتها وتدقيقها من قبل موظفي الكاوونتي والولاية والحكومة الفدرالية وإذا أدلى بأي وقائع خاطئة قد يتم رفض أو إيقاف المساعدات المالية المقدمة لي بشكل مبالغ نقدي أو كوبونات طعام أو تأمين Medi-Cal.

قد يتم اختيار قضيتي للمراجعة لضمان تحديد أهليتي بشكل صحيح وعلى أن أتعاون كلياً مع موظفي الكاوونتي أو الولاية أو الحكومة الفدرالية في أي تحقيق أو مراجعة يقومون بها، بما في ذلك مراجعة مراقبة الجودة.

ستقوم الكاوونتي بإرسال الواقع لوكالة الهجرة والجنسية (INS) للتحقق من وضعية الهجرة وإن الواقع التي ستحصل عليها الكاوونتي من وكالة الهجرة والجنسية قد تؤثر على أهليتي للحصول على الإعانة التالية أو كوبونات الطعام أو تأمين Medi-Cal الكامل. أما إذا كنت أقدم بطلب للحصول على تأمين Medi-Cal فقط، وإذا لم أكن (a) مقيم أجنبي دائم بشكل قانوني (LPR)، (b) لاجئ أجنبي مقيم بموجب تأشيرة 1-688A سارية المفعول حالياً، أو (c) شخص أجنبي مقيم بشكل دائم في الولايات المتحدة تحت سيماء القانون، لن تقوم الكاوونتي بإرسال وقائي إلى وكالة الهجرة والجنسية (INS).

على أن أقدم وأحتفظ بأي نقطية تأمين صحي إذا لم يتربّ علي دفع أي تكلفة وإذا لم أقم بهذا سيتم رفض أو إيقاف تأميني من Medi-Cal.

سيطلب مني أو من أفراد العائلة الآخرين رد أي إعانة مالية لم أكن مؤهلاً للحصول عليها.

قد يطلب من العائلة التي تحصل على كوبونات طعام، أو أي عضو بالغ في عائلة تحصل على كوبونات طعام (حتى إذا قام هو/هي بترك البيت)، أو من راعي فرد من أفراد العائلة لا يحمل الجنسية أو الممثل المفوض لأشخاص مقيمين في مؤسسة مؤهلة رد قيمة أي منافع لم تكن العائلة مؤهلة للحصول عليها.

أي عضو من أي عائلة يتتجنب أو يتهرب من القانون لتجنب الإدانة بجناية أو الوصاية أو السجن بعد صدور الحكم أو المنتهك للتعهد بعد محاولة الهرب بعد إطلاق سراحه أو تعليق عقوبته ووضعه تحت المراقبة لا يستطيع أو يحصل على الإعانات المالية أو كوبونات الطعام.

أي شخص اقترف وحكم عليه بجناية لها علاقة بحياته أو استعمال أو توزيع المخدرات منذ 22 أغسطس (آب) 1996 لا يستطيع الحصول على كوبونات الطعام كما لا يستطيع الحصول على إعانت مالية إذا كان قد حكم عليه بعد 1 يناير (كانون الثاني) 1998.

بالنسبة للإعلانات المالية وكوبونات الطعام سوف تتطلب الكاوونتي مني ومن بعض أفراد العائلة أخذ بصمات أصابعنا وتصورينا. يمكن رفض كافة المنافع أو إيقافها إذا رفضنا التعاون.

أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الواقع هذا هي حقيقة وصحيحة و كاملة.

توقيع (ولي الأمر أو القريب المسئول عن الرعاية، أو المتقدم بطلب للحصول على Medi-Cal). أو عضو العائلة الحاصل على كوبونات الطعام، أو الممثل المفوض للحصول على كوبونات الطعام).

التاريخ	توقيع الشاهد على التوقيع أو المترجم أو الشخص النائب عن المتقدم بالطلب/المتنفع
---------	---